

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 173

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
Kystes périnéphrétiques

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Juin 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre RIBAUD

Ancien Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né le 11 Mars 1904. à GRAY (Haute-Saône)



LYON

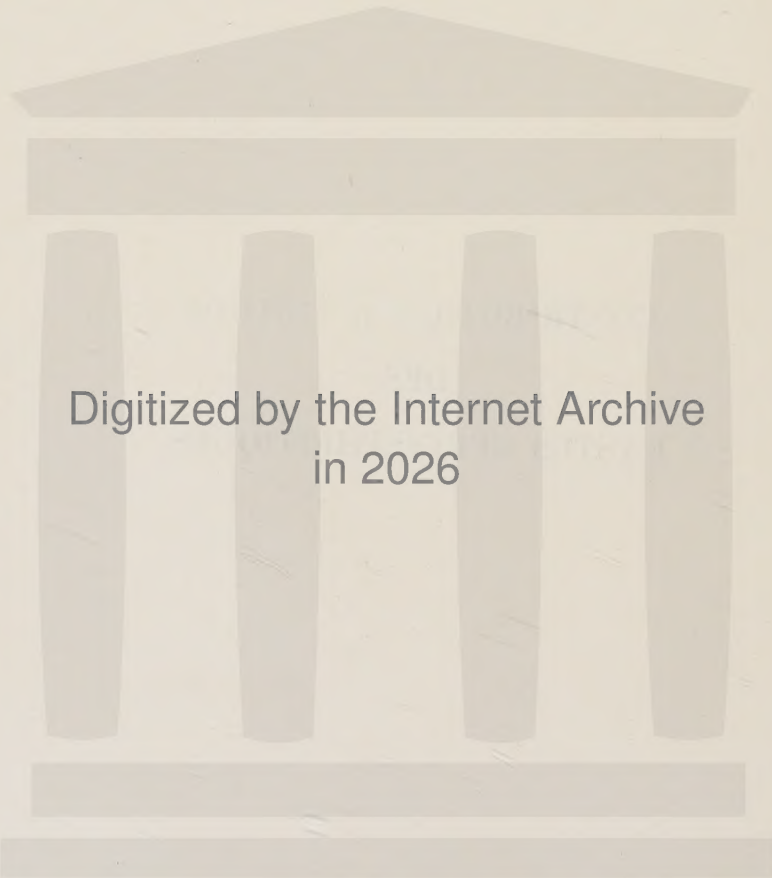
BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton. 42

—
1933

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES PÉRINÉPHRITIQUES**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 173

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
Kystes périnéphrétiques

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Juin 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre RIBAUD

Ancien Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né le 11 Mars 1904. à GRAY (Haute-Saône)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton. 42

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. (BONNET, agrégé.
Clinique des maladies des enfants	chargé de cours
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	MOURIQUANT
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	VILLARD
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERA...
Chimie organique et Toxicologie	COURMONT
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	FLORENCE
Anatomie	MOREL
Histologie	MANCEAU
Physiologie	GUIART
Pathologie externe	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales	DOYON
Anatomie pathologique	LERICHE
Chirurgie opératoire	FROMENT
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	CADE
Médecine légale	FAVRE
Hygiène	FATEL
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ROCHAIX
	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. LERICHE, président; WERTHEIMER, assesseur,
CIBERT et GUILLEMINET



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MONSIEUR LERICHE

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur à la Faculté

A MONSIEUR JEAN CIBERT

Professeur Agrégé à la Faculté

A MONSIEUR TERMIER

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chirurgien-Chef Honoraire des Hôpitaux
Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Ecole de Médecine

A MON MAÎTRE, LE DOCTEUR SIGAUD

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur à l'Ecole de Médecine

A MONSIEUR ANDRÉ GUEDEL

Ancien Chef de Clinique à l'Ecole de Médecine

A MONSIEUR MARC LAMY

Ancien Médecin-Chef du Sanatorium de La Tronche

Médecin des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE GRENOBLE

Externat

Semestre d'hiver 1927. — Clinique Médicale.....	{	M. PORTE
		M. GUEDEL
Semestre d'été 1927. — Maternité.....		M. PEYRIN

Internat

Semestre d'hiver 1928. — Clinique Chirurgicale.....	}	M. TERMIER
		M. FERRIEUX
Semestre d'été 1928. — Clinique Médicale.....	}	M. PORTE
		M. GUEDEL
Semestre d'hiver 1929. — Polyclinique.....		
Semestre d'été 1929. — Polyclinique.....		
Semestre d'hiver 1930. — Clinique Chirurgicale.....	}	M. TERMIER
		M. FERRIEUX
Semestre d'été 1930. — Pavillon Canel Chirurgie.....		M. SIGAUD
Année 1931. — Hôpitaux Militaires.		
Semestre d'été 1932. — Pavillon Canel Chirurgie.....		M. SIGAUD
Semestre d'hiver 1933. — Pavillon Canel Chirurgie....		M. SIGAUD

A MESSIEURS AUDAN, BETHOUX, MARCEL COUTURIER,
GRANDMAISON, KUENTZ, PEYRIN, PISTRE, P. SAPPEY

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES PÉRINÉPHRÉTIQUES

Introduction

Pendant notre Internat, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de tumeurs kystiques pararénales.

Les recherches que nous avons faites à cette occasion nous ont montré combien rares étaient ces tumeurs et combien certains points de leur étude étaient encore discutés.

C'est ce qui nous a donné l'idée, vu le nombre relativement important d'observations que nous possédons, de donner cette contribution à l'étude des kystes périnéphrétiques.

Nous savons qu'avant le rapport de Thévenot au Congrès de Chirurgie de 1919, on donnait volontiers le nom de kyste périrénal à des formations kystiques urinaires ou lymphatiques.

Avec cet auteur, nous réservons l'appellation de kyste périnéphrétique à des formations kystiques limitées par une membrane d'enveloppe tapissée d'éléments épithéliaux ou endothéliaux qui seront aussi les agents de sécrétion du liquide.

D'après une telle définition, nous pouvons affirmer que le diagnostic ne pourra être posé qu'après examen histologique d'un fragment de la paroi kystique.

Nous allons donc étudier successivement :

L'Histoire,

L'Anatomie Pathologique,

La Pathogénie,

La Symptomatologie Clinique,

L'Evolution,

Le Diagnostic,

et : Le Traitement de ces kystes.

Nous y joindrons nos observations personnelles et quelques observations récentes recueillies dans la littérature, qui nous paraissent propres à appuyer les idées que nous émettons.

Historique

Nous serons assez bref sur l'historique de la question.

Qu'il nous suffise de dire que la première publication à ce sujet remonte seulement à cent ans, exactement 1833, date à laquelle Hawkins décrit dans les *Medico-Chirurgical Transactions* sa première observation.

Ce n'est qu'en 1889 que Przewoski en étudie l'anatomie pathologique et fait dériver ces tumeurs de débris embryonnaires des corps de Wolff et de Muller.

Il faut venir en 1901 pour voir soutenir la première thèse sur les kystes pararénaux. Cette thèse, que nous avons eu l'occasion de parcourir, est une étude très complète de la question et donne deux observations originales de ces tumeurs.

A partir de ce moment l'étude des kystes entre dans la littérature médicale.

En 1903, Albarran et Imbert leur consacrent un chapitre dans leur *Traité des Maladies des Reins*.

Hartman et Lecène y consacrent un mémoire.

En 1912 elle est présentée au Congrès d'Urologie.

Et, en 1919, Lecène, d'une part, et Thévenot surtout, mettent à l'ordre du jour les tumeurs et les kystes périnéphrétiques au 28^e Congrès de Chirurgie.

Pour la première fois, Thévenot insiste sur l'entité anatomo-pathologique du kyste périnéphrétique et sa différenciation d'avec les tumeurs périnéphrétiques solides.

En 1928, G. Marion s'inspire de ce beau rapport dans le chapitre de son traité *Urologie* consacré aux tumeurs de la loge rénale.

Depuis, en 1930, Clapier, à Lyon, consacre une étude sur les lymphangiomes kystiques, et Janbreau, dans une leçon à la Faculté de Montpellier, les sépare nettement des hématomes kystiques de cette région.

Anatomie pathologique

Si l'on s'en tient à la définition qu'a donnée Thévenot au Congrès de Chirurgie de 1919, des kystes périnéphrétiques, on voit qu'on ne peut affirmer leur diagnostic vrai sans l'examen anatomo-pathologique.

C'est pourquoi nous nous permettrons d'insister sur l'anatomie microscopique de la tumeur, l'état des organes avoisinants, l'histologie de ses parois et l'examen cytochimique du liquide, que nous allons étudier successivement d'après le rapport de Thévenot, la thèse de Clapier, et nos observations personnelles.

LA TUMEUR

Nombre. Situation. — Sauf pour Prudden qui a signalé l'existence de kystes bilatéraux, la tumeur n'a été rencontrée par les différents auteurs que d'un seul côté. Elle ne semble pas d'ailleurs avoir un côté de prédilection : on la rencontre peut-être plus souvent à droite qu'à gauche (Thévenot : 21 fois à droite, 16 à gauche).

Des cinq cas que nous avons opérés, quatre fois la tumeur était située à droite, une fois à gauche.

Le kyste est toujours inclus dans l'épaisseur de la capsule adipeuse.

Volume. — Il est très variable : en effet, il dépend de son siège. Rivalta en a signalé de la grosseur d'un grain de chènevis, d'autres de la grosseur dun œuf, et le kyste de Perrier contenait plusieurs litres de liquide.

Dans notre observation III, la quantité de liquide était de 2 litres ; dans l'observation IV, 500 cc. ; dans l'observation V, 350 cc. ; dans l'observation VI, 400 cc. ; dans l'observation VII, 380 cc.

Forme. — Arrondie, due à l'accumulation du liquide dans une membrane mince et uniformément résistante.

Nous n'avons jamais rencontré de kystes bosselés, qui sont signalés cependant par les auteurs qui en expliquent la forme par l'existence de brides fibreuses qui dessinent un réseau à travers lequel l'enveloppe propre du kyste fait hernie.

Coloration. — Lorsqu'on découvre le kyste, il apparaît brillant au milieu des anses intestinales, cet aspect est dû à l'enveloppe fibreuse qui entoure le kyste.

Dès qu'on incise le péritoine postérieur, l'aspect devient celui de tous les kystes, c'est-à-dire que la masse prend l'aspect bleuté de toutes les collections liquidiennes épaisses.

Consistance. — Elle est des plus variables, tantôt mollassse quand il s'agit d'un kyste dermoïde, tantôt extrêmement dure lorsque le liquide est sous tension, en particulier dans les kystes hydatiques. Parfois, on en sent à peine la fluctuation et elle prend l'aspect d'un véritable fibrome du fait de l'épaisseur de sa membrane d'enveloppe.

Siège. — Nous n'avons personnellement opéré que des kystes rétropéritonéaux situés à la face antérieure du rein, pôle inférieur.

C'est en général ce qui se produit.

Dans de rares cas le kyste est situé à la face postérieure du rein, et Mauclaire cite un exemple de kyste adhérent au sommet du rein.

RAPPORTS IMMÉDIATS

Avec le rein. — Il en est toujours séparé par une mince lame de tissu cellulaire, très importante au point de vue chirurgical, puisqu'elle forme le plan de clivage dans l'énucléation du kyste.

Le kyste respecte toujours l'intégrité du rein et de ses vaisseaux.

Mais au contraire, il adhère parfois intimément avec le bassinet, ce qui donne lieu à la formation de kystes communicants.

RAPPORTS MÉDIATS

Le kyste repousse le péritoine postérieur sans y adhérer et évolue vers la grande cavité abdominale, en bas et en dedans, en prenant en somme la direction du petit bassin.

Les kystes droits sont en rapport presque constant avec le côlon ascendant. Les kystes gauches avec le côlon descendant, et ces rapports expliquent la bande sonore que l'on perçoit en avant de la matité de ces kystes.

Quand il s'agit de gros kystes, ces derniers repoussent les côlons qui viennent se placer latéralement à eux.

Les autres organes abdominaux, sauf les anses grêles qui les entourent parfois, ne sont pas en rapport avec les kystes. Au contraire l'utérus et surtout les annexes arrivent parfois à être en contact direct avec les dites formations kystiques.

CARACTÈRES PARTICULIERS

Nous diviserons les kystes en quatre catégories :

- Les kystes purs,
- Les kystes hydatiques,
- Les kystes dermoïdes,
- Les kystes lymphangiomateux.

A) KYSTES PURS.

D'après le rapport de Thévenot, l'enveloppe est formée de deux couches ; une surface extérieure lisse, brillante, d'aspect fibreux, constituée par une mince couche de tissu cellulaire dans l'épaisseur duquel chemine en nombre restreint de petits vaisseaux.

Histologiquement, cette couche externe est formée de petits feuillets lamelleux constitués par du tissu fibreux mêlé de fibres élastiques. La couche interne est formée d'un épithélium qui manque parfois presque sur toute l'étendue de la face interne de l'enveloppe kystique. Elle peut offrir les aspects les plus divers : parfois épithélium formé d'une couche unique de cellules cylindriques (type Wolffien) ; d'autres fois,

couches de cellules plus basses à noyaux volumineux. La face interne peut encore être tapissée d'un fin endothélium à une seule couche de petites cellules (type séreuse).

Le liquide. — Couleur : eau de roche, citrin, jaunâtre, parfois trouble et marron foncé dans le cas d'hémorragie.

Densité : toujours supérieure à la normale (aux environs de 1.010).

Éléments. — Albumine: présence presque constante et en quantité très variable.

Traces d'urée et d'acide urique.

Chlorures constants.

Présence parfois de cholestérine.

Petites cellules graisseuses.

Le liquide est ordinairement aseptique, rarement on trouve des éléments inflammatoires.

B) LES KYSTES HYDATIQUES ET LES KYSTES DERMOÏDES.

Ils ont la forme et les caractères anatomiques et histologiques des kystes hydatiques et des kystes dermoïdes ordinaires

C) KYSTES LYMPHANGIOMATEUX.

La seule observation que nous en possédons nous donne les renseignements anatomiques suivants :

Gros kyste contenant un liquide jaune foncé, limpide.

L'examen histologique montre que la paroi est constituée de trois couches, en allant de l'extérieur au centre : une nappe musculaire striée ; du tissu fibreux disposé en lamelles denses, et enfin une couche interne constituée par des éléments cellulaires aplatis endothéliiformes.

Pathogénie

La lumière est loin d'être faite sur cette partie de la question, et si les hypothèses que nous citons nous paraissent probables, rien ne vient les confirmer de façon absolue.

L'expression de Mauclair : « l'espace rétropéritonéal est le rendez-vous de bien des débris embryonnaires qui, à un moment donné peuvent être le point de départ de tumeurs », pose la question mais ne la résoud pas.

En effet, quand et pourquoi à un certain moment de la vie intra-utérine se fait-il l'enclavement de feuillets qui est à l'origine du kyste dermoïde ? Pourquoi l'embryon exacanthé, qui est à l'origine du kyste hydatique périnéphrétique, se fixe-t-il dans cette région et non pas dans une autre. Nous n'en savons absolument rien.

Clapier, dans sa thèse, cite, au sujet de la pathogénie des kystes lymphatiques l'expérience de Schlo-mann, dans laquelle l'auteur ayant lié l'uretère d'un lapin, était arrivé à produire par dilatation des vaisseaux accolés à ce conduit, de gros kystes périurétéraux analogues aux kystes lymphangiomateux. Une seule expérience de ce genre ne permet pas de conclure en faveur de cette hypothèse, ni de l'infirmier.

Quant aux kystes purs, périnéphrétiques, l'examen microscopique de l'enveloppe kystique, nous montre qu'elle est composée le plus souvent d'un épithélium à cellules cubiques ou cylindriques, aplaties parfois, en général disposées en une seule couche. Si nous nous rapportons à l'embryologie, nous constatons que les éléments épithéliaux qui apparaissent de très bonne heure dans cette région ne sont pas autre chose que ceux du corps de Wolff primitif, dont la première ébauche n'a qu'une existence tout à fait éphémère chez l'homme. De là à supposer que les kystes périnéphrétiques sont d'origine wolfienne, il n'y a pas loin, et nombre d'auteurs, le premier en date étant Przewoski, ont admis cette hypothèse.

Il faudrait, en outre, pour que cette hypothèse ait de la valeur, que le kyste prenne naissance à la face antérieure et près du pôle inférieur du rein. C'est à cet endroit en effet que siège le mésonéphros.

Par ailleurs, l'examen chimique du liquide doit renfermer des chlorures, des phosphates et des traces d'urée.

Quand ces conditions seront réunies, nous pourrions affirmer l'origine wolfienne de ces kystes.

Mais il est des cas qui sont loin de cadrer avec les signes anatomo-chimiques décrits ci-dessus.

Certains auteurs, en particulier Jeannel et Rambaud, ont admis une origine péritonéale et le point de départ de ces tumeurs serait une petite poche péritonéale séquestrée.

Le liquide inclus ne présenterait d'ailleurs aucune différence avec les liquides séreux de l'abdomen.

Enfin, dans quelques cas, la tumeur se développerait aux dépens de débris embryologiques surréniaux.

Donc : origines multiples basées sur des hypothèses, voilà la conclusion de la pathogénie des kystes péri-néphrétiques.

Symptômes

Les manifestations cliniques des kystes périnéphrétiques se superposent bien à leur évolution anatomique. En effet, leur situation dans la loge rétropéritonéale ne peut guère donner lieu à une symptomatologie importante. C'est ce qui explique qu'un certain nombre de ces tumeurs n'ont été que découverte d'autopsie.

A LA PÉRIODE DE DÉBUT.

Le malade ressent dans la région lombaire une douleur sourde, à caractère vague, le plus souvent sensation de pesanteur plus marquée cependant d'un côté. La tumeur est à ce moment trop peu volumineuse pour donner lieu à des troubles fonctionnels.

Donc à cette période un seul symptôme constant cependant : la pesanteur lombaire.

PÉRIODE D'ÉTAT.

Le malade, si on lui laisse raconter son histoire, va insister sur le symptôme douleur. En effet, le kyste a grossi, et à chaque augmentation de son volume le malade a eu une crise douloureuse. Ces crises ont volontiers, suivant leur siège, été étiquetées coliques hépatiques, intestinales, ou néphrétiques.

En réalité, le malade précise facilement qu'elles siègent dans l'épigastre et les lombes, et qu'elles s'irradient dans les cuisses et le scrotum.

En outre, le malade se plaint de troubles digestifs tels que : nausées et vomissements, symptômes que nous retrouverons dans toutes nos observations.

Thévenot, dans son rapport, ajoute la diarrhée, et parfois de véritables crises d'entérite. Nous ne l'avons jamais constaté.

Jamais de troubles urinaires, ajoute le malade, et ceci s'explique aisément par le fait que les tumeurs kystiques ne déterminent pas de compression urétérale.

Cette absence de signes urinaires sera un **gros élément** de diagnostic entre tumeurs solides et tumeurs kystiques périnéphrétiques. Quoique certains auteurs, en particulier Albarran, aient signalé de l'anurie et des hématuries, à titre exceptionnel il est vrai.

Si nous ajoutons que l'état général est un peu touché : amaigrissement et fatigue marquée à l'occasion du moindre effort, nous en aurons bientôt terminé avec les signes subjectifs de ces kystes.

L'examen de notre malade va au contraire nous renseigner davantage.

Inspection. — On constate une voussure, en général latérale, et parfois, lorsque le kyste est gros, énorme comme dans le cas de l'observation de Perrier, rapportée par Thévenot ; le ventre distendu en impose pour un kyste de l'ovaire ou une tumeur abdominale, ou même une cirrhose du foie avec ascite. D'autant plus que dans ce cas le réseau superficiel veineux, en

tête de méduse, témoigne de la gêne circulatoire profonde.

Palpation. — Elle montre qu'il ne s'agit pas d'un liquide libre dans l'abdomen, mais d'une masse libre régulière contenant une collection fluctuante. Cette masse peut être plus ou moins grosse, mais elle est peu mobile, ce qui s'explique par l'absence de pédicule et le fait qu'il est adhérent par son enveloppe conjonctive à la loge rétropéritonéale.

Le palper abdominal ne fait pas constater de voussure dans la région lombaire: le kyste se plaque contre la paroi postérieure, mais ne la déprime pas.

Percussion. — Extrêmement importante.

Quand le kyste est petit, sonorité en avant car le kyste se trouve derrière les anses grêles et le côlon.

Quand le kyste est gros, il refoule les anses grêles vers la ligne médiane, d'où sonorité au centre et matité unilatérale.

Le toucher vaginal. — Il permettra surtout d'éliminer le diagnostic de kyste de l'ovaire en montrant que même à bout de doigt on ne perçoit pas la tumeur kystique dans les culs-de-sac.

Enfin, la radiographie révélera les contours du kyste et du rein, et surtout la pyélographie montrera par la déviation de la sonde opaque urétérale la présence d'une masse juxta-rénale.

Evolution clinique

Nous avons vu, par ailleurs, que le développement anatomique du kyste était très lent et qu'il se faisait surtout vers la grande cavité abdominale.

L'évolution clinique va se calquer exactement sur ce développement anatomique : c'est dire que les symptômes seront réduits à leur minimum et souvent les kystes passeront inaperçus.

Pour être complet, nous citerons les différentes complications auxquelles ils peuvent donner lieu, qui pour être rares n'en existent pas moins.

C'est d'abord le traumatisme qui peut déterminer la rupture du kyste et par suite évacuation du liquide dans le tissu avoisinant et plus tard le phlegmon péri-kystique.

Cette complication n'a pas été signalée.

L'hémorragie intrakystique, qu'elle soit traumatique ou spontanée, n'est pas un leurre. Dans plusieurs observations on la signale et personnellement nous en avons observé un cas.

L'évolution du liquide vers la purulence doit être signalée aussi. En général elle se produit après des ponctions multiples, une hémorragie, ou même spontanément.

C'est dans les cas d'infection que se produit la com-

plication peut-être la plus redoutable. Nous voulons parler de l'occlusion intestinale par adhérence de la paroi du kyste à l'intestin. Cette hypothèse, confirmée par l'observation de Le Balle, montre la gravité exceptionnelle de certains kystes.

Enfin, une complication qu'on ne signale qu'une fois (Dartigues) dans toute la littérature, est la dégénérescence néoplasique, qui donne lieu à la formation d'un épithélioma wolffien végétant.

Malgré ces complications qui, répétons-le, restent des exceptions, on peut dire qu'en général le pronostic de ces kystes est essentiellement bénin.

Diagnostic

Il est extrêmement rare que l'on puisse d'emblée poser le diagnostic de kyste périnéphrétique : les symptômes imprécis par lesquels il se manifeste, ainsi que nous l'avons constaté dans un des chapitres précédents, en rendent l'affirmation très difficile.

On éliminera d'abord les multiples tumeurs abdominales.

Puis on cherche à les différencier des lésions de la loge rénale qui peuvent les simuler.

DIAGNOSTIC AVEC LES AFFECTION ABDOMINALES.

Selon que le kyste est médian, droit ou gauche, le diagnostic se présentera dans des conditions différentes :

Kyste médian :

Il faudra d'abord éliminer : l'ascite libre dans l'abdomen de la cirrhose du foie, la matité dans les parties les plus déclives, les antécédents éthyliques, l'augmentation du coefficient de Maillard et surtout un examen attentif éviteront la confusion.

Le kyste du corps du pancréas, s'il peut parfois simuler une tumeur périrénale lorsqu'il est situé sous le côlon transverse, en diffère cependant par des trou-

bles digestifs intenses, tels que diarrhée, selles graisseuses, amaigrissement rapide et parfois même présence de sucre dans les urines.

Kyste du mésentère. — Affection qu'on rencontre assez rarement en pratique. Un caractère important en est le siège juxta-ombilical et une mobilité très grande qui permet justement de les différencier des tumeurs sous-péritonéales.

De plus, ils sont douloureux dès leur début.

Kyste de l'ovaire. — C'est le gros diagnostic. C'est en général le diagnostic qui est fait lorsque l'on ne pense pas à celui de kyste rétro-péritonéal.

Les renseignements fournis par la malade sont des éléments d'appréciation qui font souvent défaut et qu'il ne faut souvent accueillir qu'avec la plus grande circonspection.

Et c'est par des signes objectifs qu'il faut trancher la question. Le palper abdominal et le toucher vaginal nous permettront parfois de le faire.

En effet, en cas de kyste de l'ovaire la matité médiane est entourée d'une zone de sonorité qui se prolonge dans les flancs. Au contraire s'il s'agit d'un kyste rétropéritonéal, la sonorité du côlon coupe la matité médiane, alors que la sonorité de l'un des flancs est remplacée par une zone de matité qui descend jusqu'aux lombes.

Au toucher, l'utérus au lieu d'être plaqué contre le pubis, est au contraire abaissé en avant par le kyste.

Malgré tout le diagnostic reste l'un des plus délicats.

Kystes latéraux droits :

On éliminera successivement :

Les kystes hydatiques du foie qui montrent à la radiographie une image ronde intrahépatique avec coexistence de la positivité des différentes réactions de Weinsberg et de l'intradermoréaction de Casoni et de l'éosinophilie sanguine. Par ailleurs, ces tumeurs sont directement appliquées contre la paroi abdominale sans intervalle sonore.

Les grosses vésicules du type Villard et Cotte à hydropisie intermittente.

Le fait de l'intermittence de la dilatation vésiculaire de la coexistence des troubles gastro-hépatiques associés, du subictère fréquent, de la légère poussée vespérale de température et surtout de la radiographie après ingestion ou injection intraveineuse de tétraïde, qui montreront que la vésicule est exclue, trancheront le diagnostic qui peut cependant présenter parfois de réelles difficultés.

Enfin, certains abcès sous-phréniques peuvent également prêter à confusion. Cependant l'état général est très touché. Les signes d'intoxication sont parfois intenses. Le début est brusque et la forte température, les vomissements, la dispnée toxique, la douleur, sont des signes qui doivent empêcher la confusion.

Kystes latéraux gauches :

On les différenciera des kystes de la queue du pancréas qui s'accompagnent parfois de selles graisseuses, de diarrhée, de glycosurie. Dans ces cas le diagnostic est assez facile.

Bien au contraire, et c'est le plus souvent, aucun symptôme subjectif bien net ne vient aider le diagnostic hésitant. On recherche alors la mobilité de ces

kystes qui ne présentent pas de contact lombaire. On peut aussi par l'insufflation de l'intestin essayer de déplacer les kystes du pancréas, alors que les kystes périnéphrétiques conservent leur position.

Les kystes de la rate, eux, sont extrêmement mobiles et appliqués directement contre la paroi abdominale.

De plus grosses difficultés vont maintenant surgir lorsqu'on voudra diagnostiquer les kystes périnéphrétiques d'avec les tumeurs de la loge rénale.

Qu'il s'agisse des tumeurs du rein, des tumeurs de la surrénale, des tumeurs périrénales, nous allons les étudier successivement :

Les hydronéphroses. — Par leur développement lent, et l'absence de symptômes fonctionnels, pourraient en imposer parfois pour un kyste. S'agit-il d'une hydronéphrose fermée, il ne s'écoulera aucune urine par la sonde urétérale. Au contraire, dans les hydronéphroses ouvertes la tumeur diminue par intermittence, à mesure que la poche se vide.

Mais, c'est surtout la pyélographie qui mettra le plus sûrement en évidence l'existence de l'hydronéphrose et permettra d'éliminer complètement le kyste. Il suffira de remplir le bassinet avec une solution de collargol à 1 pour 10 ou de bromure de sodium, pour obtenir une radiographie de la poche distendue.

Dans les kystes du rein. — C'est en général un diagnostic d'intervention. Faire le diagnostic du kyste est difficile et déclarer qu'il est intra ou périrénal l'est encore davantage.

Cependant, la pyélographie, après introduction

d'une sonde opaque dans l'uretère, peut faire constater que ce dernier est parfois refoulé vers la ligne médiane. C'est le seul signe qui peut orienter le diagnostic.

Les cancers du rein sont parfois nettement fluctuants et donnent l'impression de kystes. Souventes fois ils sont localisés au pôle inférieur du rein et peuvent paraître indépendant de lui.

Mais il existe tout de même des signes tels qu'hématuries, diminution considérable de la valeur fonctionnelle du rein, la douleur qui ne manque guère lorsque la tumeur a pris un volume considérable et a envahi le tissu périrénal, le varicocèle, les œdèmes des membres inférieurs.

La pyélographie peut rendre de très grands services en faisant constater soit une suppression d'un certain nombre de calices, soit un allongement avec écartement des calices, soit une suppression du bassin.

Les tumeurs de la capsule surrénale étudiées par Hartmann et Lecène, sont rares. Ce sont des tumeurs solides, non fluctuantes et il n'a été publié que peu d'observations de kystes hématiques d'origine surrénale. Diagnostic extrêmement difficile du fait de l'absence de signes fonctionnels. Et, ce n'est qu'à l'intervention qu'il a été jusqu'à présent posé.

Les tumeurs périrénales sont ou des tumeurs solides, ou des épanchements liquides plus ou moins enkystés par les éléments du tissu conjonctif qu'ils ont refoulé.

Les tumeurs solides, bien décrites en 1919 par Lecène au Congrès de Chirurgie, sont soit des lipomes

volumineux, soit des myomes, soit des sarcomes, soit des épithéliomes, soit des tumeurs mixtes.

On conçoit qu'il soit illusoire de vouloir parfois faire une différence clinique entre un kyste et une tumeur solide périrénale.

Ce qu'il importe de savoir, c'est :

- 1° le siège anatomique exact de la tumeur ;
- 2° la valeur fonctionnelle des deux reins.

Et le fait de partir avec le diagnostic de tumeur rétro-péritonéale en sachant que le rein opposé fonctionne normalement, semble parfaitement suffisant pour que l'opérateur soit prêt à parer à toute éventualité au cours de l'intervention chirurgicale.

Nous dirons la même chose des hématomes périrénaux qui, le plus souvent, sont traumatiques, consécutifs à des coups, des chutes ou des blessures. Ils peuvent cependant être différenciés des kystes par la notion des antécédents traumatiques, la douleur violente qui les accompagne parfois, la soudaineté du début, la tendance à la syncope et les signes d'hémorragie interne, et parfois l'ecchymose lombaire. Quant aux hématomes spontanés ils peuvent encore plus facilement se confondre avec les kystes. Ils sont le plus souvent d'origine hémophilique, parfois proviennent de lésions des capsules surrénales et surtout peuvent à la longue former des hématomes enkystés qu'on ne peut différencier des kystes que sous le microscope.

Très rares sont les épanchements de sérosité lymphatique. Nous n'en connaissons pas les causes, et le diagnostic est impossible à faire.

Quant aux épanchements urinaires dans le tissu cel-

lulaire périrénal, ils ressemblent à des pseudo-hydro-néphroses, et surviennent surtout après les traumatismes.

Par ailleurs la masse est bosselée. La notion de traumatisme, le développement progressif de la poche quelques jours après l'accident et l'absence d'ecchymose lombaire aideront parfois à mettre sur la voie du diagnostic et empêcheront la confusion avec les vrais kystes.

D'après le long exposé qui précède, on voit combien il peut être difficile de poser le diagnostic de kyste périnéphrétique, d'abord par la multitude des affections qui peuvent les simuler, et ensuite parce qu'il s'agit d'un diagnostic d'exception.

Et quoique la pyélographie puisse rendre parfois service (cas de Costantini) dans l'établissement de ce diagnostic, on conçoit aisément qu'il sera toujours très difficile d'affirmer l'existence d'une telle lésion.

Traitement

Malgré la bénignité du pronostic, c'est à l'intervention chirurgicale systématique que l'on aura recours en présence d'un kyste périnéphrétique.

Bien entendu les contre-indications opératoires seront celles de toute intervention, c'est-à-dire la coexistence d'une altération grave du cœur, des poumons ou des reins.

Quel sera ce traitement chirurgical ?

Nous citerons, pour mémoire, la ponction évacuatrice. Cette pratique, autrefois si répandue, est actuellement universellement condamnée. Il semble bien d'ailleurs qu'elle ait été à l'origine de nombreuses terminaisons fatales des kystes, entr'autres dans les observations de Braun, de Hawkin, de Murchinson, de Przewoski, de Thompson.

Il est admis maintenant que le procédé de choix est l'extirpation complète du kyste. La marsupialisation du kyste reste un procédé de nécessité lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste en poussée inflammatoire par exemple, et partant, ayant contracté des adhérences solides avec le rein. C'est une opération qui reste préférable à la néphrectomie, surtout si la valeur fonctionnelle du rein opposé est insuffisante.

Comme le dit Thévenot, trois voies sont à notre disposition pour aborder la tumeur :

La voie latérale de Grégoire, employée pour la néphrectomie ;

L'incision classique lombaire de néphrectomie ;

Et enfin l'incision agrandie du type Jallaguier Mac-Schuller, qu'on emploie pour aborder le cæcum ou l'appendice.

Les deux premières ont l'avantage de respecter le péritoine et l'exclusion du kyste reste une opération entièrement extra-péritonéale, d'où diminution des risques de péritonite.

Malheureusement le jour produit par ces incisions n'est pas énorme et la seule fois que nous avons employé l'incision lombaire nous avons rencontré de graves difficultés pour extirper le kyste.

L'incision de choix, malgré qu'elle donne lieu à une opération transpéritonéale, semble donc être la voie de Jallaguier. Il ne faut pas cependant s'exagérer les risques de péritonite, car en général l'opération est extrêmement simple. Elle donne lieu aux temps suivants :

Incision de la peau, des téguments et ouverture du péritoine.

On aperçoit au milieu des anses intestinales la masse bleue du kyste recouverte du péritoine postérieur.

On borde la face antérieure du kyste de champs abdominaux et on incise prudemment le péritoine postérieur.

Si le kyste est très gros on le ponctionne et on l'énuclée.

S'il est moyen, on cherche à l'énucléer en masse sans ponction. En général, le plan de clivage se trouve

assez facilement et l'énucléation ne donne lieu à aucune hémorragie. A noter qu'il n'y a pas de pédicule et partant pas de ligature à faire.

Si, cependant, un léger suintement sanguin se produisait, on laisserait en place durant 48 heures un petit drain.

On reconstitue le péritoine postérieur par un surjet de catgut fin, et l'on ferme la paroi abdominale en trois plans.

En général, les suites sont simples. Jamais nous n'avons eu d'incident au point de vue local. Et les malades revus à plusieurs années d'intervalle, vont bien.

Personnellement nous n'avons pas opéré de kystes suppurés : des observations recueillies par Thévenot il nous semble bien que ce soit une indication de la voie lombaire, car souventes fois le kyste, dans ces cas, doit être traité comme un abcès et incisé simplement.

Observations

OBSERVATION I

(BERNASCONI, COSTANTINI, Alger)

Kyste périnéphrétique d'origine wolffienne, diagnostiqué par la pyélographie M.-F. Bernasconi (Alger). L'intérêt de cette observation, que l'auteur présente au nom du Professeur Costantini et au sien, réside dans la précision diagnostique donnée par la pyélographie. La situation du kyste, d'une part, sous le pédicule rénal et le bassinnet, c'est-à-dire au point où siège le mésonéphros pendant la vie fœtale, et la déviation de l'uretère en dehors, d'autre part, précisées par la pyélographie, permirent de penser qu'on se trouvait en présence d'un kyste wolffien.

Ce kyste fut énucléé par voie antérieure transpéritonéale, grâce au plan de clivage qui le séparait du rein et de son pédicule vasculaire, du bassinnet et de l'uretère.

L'examen anatomo-pathologique confirma le diagnostic.

OBSERVATION II

(CLAPIER.)

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans qui s'aperçoit fortuitement, au début de juin 1929, que son ventre a augmenté de volume et présente une asymétrie gauche marquée : toute la

moitié de l'abdomen de ce côté est comblée par une volumineuse masse rénitente.

Depuis le mois de juillet 1928 l'état général avait décliné : perte de forces, amaigrissement de plusieurs kilos, troubles digestifs vagues.

Au début de 1929, l'état général s'améliore sensiblement ; mais à l'occasion d'efforts physiques un peu intenses et surtout prolongés ; apparaissent des signes urinaires : urines légèrement troubles, pollakiurie, douleurs lombaires, surtout marquées à droite. Le ventre est souvent ballonné surtout après les repas.

Au début d'avril, les troubles précédemment notés ont disparu, au point que des marches quotidiennes de 20 à 30 kilomètres ont pu être accomplies normalement pendant un mois.

A partir de mai-juin, l'état général recommence à décliner : amaigrissement, langue sèche et très chargée, constipation tenace, crises de météorisme abdominal, œdème des jambes le soir. Les troubles urinaires décrits précédemment reparaissent, accompagnés de douleurs lombaires siégeant surtout à droite. En outre, apparaissent des *signes de sciatique* gauche, avec douleur sur le trajet du nerf et à la flexion de la cuisse sur le bassin.

C'est à cette époque et tout à fait par hasard qu'a été découverte la présence de la tumeur abdominale.

L'examen de cette tumeur montre :

A l'inspection, une voussure très marquée soulevant toute la moitié gauche de l'abdomen, débordant la ligne médiane à droite. La peau, à ce niveau et à la partie inférieure du thorax, est sillonnée de veines très apparentes témoignant d'une circulation collatérale active.

L'asymétrie abdominale s'exagère encore lors des mouvements d'extension du tronc qui font saillir la tumeur du côté gauche, tandis que le côté droit se creuse.

La palpation (autant qu'on peut la pratiquer sur soi-même) montrait une masse abdominale volumineuse s'engageant en haut sous les fausses côtes, s'arrêtant en bas un peu au-dessus du pubis et débordant largement en dedans la ligne médiane.

La consistance était uniformément rénitente et donnait l'impression de fluctuation. D'ailleurs, la palpation bimanuelle permettait de déceler un flot lombo-abdominal.

La surface était régulière et lisse, et semblait assez mobile sur les plans superficiels, mais en profondeur, en dedans de la crête iliaque, on avait la sensation d'une masse solide adhérente à l'os.

Les mouvements respiratoires ne semblaient pas se transmettre à la tumeur.

Enfin, la palpation de l'angle costo-lombaire donnait nettement le contact lombaire.

A la *percussion*, la matité est absolue dans tout le flanc gauche, s'étendant latéralement jusque dans la région lombaire, remontant au-dessous des fausses côtes de trois travers de doigt environ, descendant jusqu'au pubis ; en dedans, près de la ligne médiane, existait une bande de sonorité, d'ailleurs variable, correspondant sans doute au côlon descendant refoulé.

Pendant toute cette période, l'indolence de la tumeur est complète et son existence se traduit seulement par une légère sensation de pesanteur.

Jusqu'à la fin du mois de juin, un repos complet permet à tous les signes objectifs de s'atténuer et à l'état général de s'améliorer.

Au début de juillet 1929, assez brusquement, à la suite d'efforts musculaires d'ailleurs peut violents, apparaissent les signes suivants :

Du côté de la tumeur, sensation de tension douloureuse comme si la poche allait se rompre. La consistance devient plus ferme. La marche est devenue très pénible, d'où obligation de rester couché sur le côté gauche pour atténuer la douleur. En même temps apparaissent des signes fonctionnels et généraux : frissons nocturnes suivis de fièvre ; céphalée intense ; vives douleurs lombaires, continues, avec quelques paroxysmes, siégeant des deux côtés, mais principalement à gauche ; diarrhée très abondante, prédominant le matin.

Les urines sont assez limpides, rares et très foncées. L'ensemble de ces troubles justifie l'évacuation sur l'hôpital militaire d'Oran.

Les douleurs se calment après quelques jours de repos, des signes hépatiques apparaissent : décoloration des matières, tenite subictérique des conjonctives.

La température, d'abord à 38°9, descend rapidement, pour osciller ensuite entre 37° et 37°5.

Une radiographie faite sans préparation montre : Le bassinet est légèrement dilaté ; l'uretère est dévié au delà de la ligne médiane du côté gauche. On a l'impression que la solution opaque a diffusé autour de la sonde traduisant ainsi une légère dilatation urétérale. Du côté droit la sonde urétérale était poussée de quelques centimètres dans l'uretère.

Devant un tel tableau, étant donné les signes urinaires qui avaient précédé, on pense à une hydronéphrose plus ou moins infectée.

Le 15 juillet, retour en France. Le docteur Phélip conseille un mois de repos.

Une radiographie n'apporte pas de précision nouvelle. Pendant un mois, du 15 juillet au 15 août, l'état général s'améliore considérablement, la température s'abaisse très lentement et oscille, du matin au soir entre 36°9 et 37°3.

Au point de vue local ; la tumeur devient complètement indolore et légèrement moins tendue.

Les troubles digestifs subsistent, quoique atténués ; il persiste un peu de subictère des conjonctives.

Le 21 août, cathétérisme de l'uretère gauche par le docteur Phélip.

Une sonde urétérale très fine est passée assez facilement après avoir subi un ressaut à 2 cm. 5 environ du méat urétéral. On recueille ainsi goutte à goutte quelques centimètres cubes d'un liquide limpide et pâle paraissant être de l'urine. La sonde est laissée à demeure, mais elle est rapidement bouchée ; au bout de deux heures on la retire.

Le lendemain, une nouvelle tentative de cathétérisme échoue complètement.

Le 24 août, nouveau cathétérisme (Docteur Phélip). On passe assez facilement à gauche une sonde urétérale n° 14 qu'on laisse en place neuf heures. Il s'en écoule goutte à goutte, par éjaculations successives un liquide analogue, à première vue, à l'urine normale. On recueille trois quarts de litre environ. Le retrait de la sonde a été suivi d'une violente réaction douloureuse au cours de la nuit : douleur continue avec paroxysmes siégeant sur le trajet de l'uretère, irradié vers les bourses.

Le 27 août, troisième cathétérisme. On recueille en huit heures par la sonde laissée à demeure, un demi-litre environ d'urine à peu près limpide.

Après ces cathétérismes on ne perçoit pas de modifications sensibles dans le volume et la consistance de la poche.

Ces drainages urétéraux répétés par sonde à demeure semblent avoir apporté, dans les jours suivants, une légère amélioration de l'état général.

Le 15 septembre, entrée à l'Hôpital Desgenettes pour raisons militaires.

On fait d'abord des radiographies multiples sans préparation, qui ne donnent aucun résultat. Mais surtout on pratique les différents examens suivants :

Analyses des urines totales, recueillies aseptiquement.

Volume en 24 heures : 1.700 cc.

Albumine et sucre : néant.

Chlorures : 5 gr. 60 par litre, 9 gr. 52 par 24 heures.

Urée : 12 gr. par litre, 20 gr. 40 par 24 heures.

Présence d'éléments de pus. Flore microbienne. Pas de B. K. à l'examen direct.

Cystoscopie (Docteur Courboules). — Capacité vésicale bien conservée : 200 gr. Aucune lésion visible. Orifices très faciles à voir et à cathétériser.

La pyélographie (faite avec une solution bromurée) montre, du côté gauche, l'image d'un bassin et de deux calices à peine dilatés. La volumineuse tumeur prise pour une hydro-néphrose est peut-être un kyste hydatique.

L'uretère gauche est complètement dévié par la tumeur,

Après la pyélographie, on a fait des radiographies en série, qui n'ont montré aucune diffusion de la solution opaque dans la poche abdominale. L'insuffisance des radiographies n'a pas permis de voir le contour du rein.

Cette opération a été suivie d'une polyurie très abondante : 5 litres environ en 24 heures.

Examen des urines séparées :

Rein gauche	Rein droit
Chlorures . . . 5 gr. 75 p. lit.	Chlorures . . 9 gr. 20 p. lit.
Urée. 4 gr. 73 p. lit.	Urée. 6 gr. 57 p. lit.

Pas de pus des deux côtés.

A noter que le rein gauche a sécrété dans le même temps un volume sensiblement double de celui sécrété par le rein droit.

Les inoculations pratiquées avec les urines séparées ont été négatives des deux côtés.

Formule leucocytaire^e :

Polynucléaires neutrophiles.	62
Polynucléaires éosinophiles.	2
Lymphocytes.	8
Mononucléaires.	22

Le 30 septembre 1929, sortie de l'Hôpital Desgenettes

Réaction de Casoni. — Pour éliminer l'hypothèse de kyste hydatique. Le Docteur Morénas pratique, vers le milieu octobre, une intra-dermo-réaction. Le résultat est négatif.

A ce moment-là, le Docteur Santy consulté, pense à un kyste rénal ou pararéнал et conseille l'intervention.

Le 31 octobre. — *Intervention* par le Docteur Santy, assisté du Docteur Phélip. A. G. à l'héter. Grande incision oblique partant du milieu de la ligne pubo-ombilicale pour aller se terminer dans le sommet de l'angle costo-iliaque gauche. Section des muscles, y compris le grand droit.

On trouve le reffer péritonéal à la surface du kyste, qui se clive assez aisément ; on trouve les vaisseaux spermatiques ; on ne voit pas les vaisseaux mésentériques inférieurs. La libération du kyste par clivage se fait aisément vers le haut. En

haut, on libère très facilement du côté du rein, en bas, par contre, on trouve l'implantation du kyste sur la crête iliaque dans l'angle sacro-iliaque. Cette implantation est très intime avec la crête iliaque et les muscles et aponévroses voisins. L'hémostase de cette implantation est simple. On termine en plaçant un petit drain. Le kyste avait été évacué par ponction au début.

Le 15 novembre 1929. — Suites très simples, sans incident de paroi, ni réaction péritonéale.

L'examen histologique pratiqué par le Docteur Noël, professeur agrégé d'histologie, a montré que la paroi, au voisinage du point d'implantation, était constituée, de dehors en dedans, de la façon suivante :

1° Par une nappe de tissu musculaire strié, formée de fibrilles coupées sous différentes incidences et d'apparence normale; les espaces interfasciculaires sont cependant, par places, infiltrés de cellules inflammatoires et légèrement dématiées.

2° En dedans du muscle strié, on rencontre du tissu fibreux disposé en lamelles denses ; ces lamelles sont infiltrées par des cellules inflammatoires : lymphocytes et plasmocytes. Cette infiltration est, en général, discrète, les éléments rationnels étant épars entre les fascicules fibreux ; mais elle apparaît particulièrement dense autour des vaisseaux.

La nappe fibreuse est creusée de lacunes de tailles très variables, à contour tantôt arrondi, tantôt très sinueux, et possédant parfois des diverticules qui s'anastomosent avec des prolongements similaires venus des cavités voisines. La surface de ces cavités est tapissée par un endothélium au-dessus duquel se trouve une zone œdématiée contenant des plasmocytes et des lymphocytes. Ces lacunes, vides de tout contenu, rappellent exactement des cavités lymphatiques creusées au sein de la masse fibreuse.

3° La face interne de la pièce, formant paroi de la grande cavité kystique, présente la même structure lamelleuse et se

montre infiltrée de cellules inflammatoires et de petites hémorragies. A sa surface, on rencontre, de loin en loin, rarement, un élément cellulaire aplati, endothélioforme, mais il n'existe pas de revêtement endothélial continu.

OBSERVATION III

Homme 58 ans, Saint-Marcellin (Isère).

Bien portant auparavant, ce malade ressent depuis quelque temps des pesanteurs dans la région lombaire et le bas-ventre.

En outre, son abdomen augmente de volume, ce qui l'incite à consulter. Son médecin constate la présence d'une tumeur liquide de la région abdominale postérieure et à plusieurs reprises la ponctionne.

Le hasard d'une consultation le fait examiner par le Docteur Sigaud qui constate la présence d'une masse volumineuse qui occupe la fosse iliaque droite.

L'examen clinique donne à ce moment les résultats suivants :

Perte de l'appétit.

Un peu de constipation.

Quelques nausées.

Quelques troubles urinaires attirent l'attention sur le rein.

Une pyélographie ne donne aucun résultat.

Une radiographie montre une tumeur ronde indépendante du rein droit.

Rien à la prostate.

Examen de laboratoire.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Réaction de Weinberg négative.

Intra-dermo-réaction de Casoni négative.

Pas d'éosinophilie sanguine.

Urée sanguine 0,45.

Tension artérielle 16-10 au Vaquez.

On pose le diagnostic de kyste hydatique juxta-rénal droit.

Intervention chirurgicale, le 15 décembre 1928. — Docteur Sigaud.

Incision lombaire ordinaire de néphrectomie.

On tombe immédiatement sur un énorme kyste de la région périrénale, situé à la face antérieure du rein droit, que l'on réussit à extirper entièrement sans marsupialiser la poche ni pratiquer la néphrectomie. Pas de pédicule — opération longue et difficile — on laisse un drain dans le foyer opératoire. Suites cependant simples. Le malade sort de la clinique de la rue des bains, vingt jours après.

Examen de la tumeur. — Grosse masse ronde comme une boule de la grosseur d'une tête d'adulte.

Très dure.

Le liquide : quantité 2 litres, clair, légèrement jaunâtre.

Densité : 1006.

Réaction alcaline.

Présence d'urée en traces non dosables.

Présence d'albumine 1 gr. 60.

Pas d'éléments cellulaires.

Examen histologique d'un fragment prélevé en coupe perpendiculaire à la surface de la membrane. Kyste uniloculaire à parois minces, blanchâtres, à vascularisation très réduite.

Surface interne lisse sans végétations. Paroi formée essentiellement de tissu fibreux dense disposé en couches parallèles.

L'hépithélium manque à peu près partout. Il en existe cependant quelques fragments qui sont constitués par une couche unique de cellules cylindriques.

OBSERVATION IV

M^{me} B., à l'Hôpital, 27 ans. (Enfant — accouchement en avril 1929.)

Pas de fausses couches, toujours bien portante.

Pas de constipation.

Bon appétit.

Réglée régulièrement et abondamment, pas de pertes blanches, urines claires, jamais d'hématurie.

Quand brusquement, il y a huit jours vives douleurs abdominales dans l'hypocondre droit avec nausées.

Inspection : Rien.

Palpation : Dans l'hypocondre droit, tumeur arrondie que l'on sent à bout de doigt, de la grosseur d'une orange. Elle est peu mobile.

Percussion : Matité sur cette grosseur avec zone sonore externe.

Toucher vaginal : On ne sent pas la tumeur.

Utérus petit, un peu en rétroversion.

Culs-de-sac libres.

Examen des urines : Négatif, ni sucre, ni albumine.

Réaction de Weinberg. — Négative.

Intradermoréaction de Casoni : Néant.

Taux de l'urée sanguine : 0,37.

Nous faisons le diagnostic de formation kystique rétropéritonéale le 30 octobre 1929.

Intervention chirurgicale Docteurs Sigaud, P. Ribaud.

Anesthésie, Clhorure d'éthyle éther.

Incision de Jallaguier, haute, longue de 15 cm.

On aperçoit immédiatement en position latéro-cæcale une surface brillante qui fait bomber le péritoine postérieur que l'on incise. On découvre alors un kyste lisse, non bosselé, que l'on clive facilement, de la grosseur de deux oranges.

Aucune hémostase, pas de pédicule.

La tumeur énucléée, on aperçoit le pôle inférieur du rein.

Reconstitution du péritoine postérieur au catgut fin.

Suture en trois plans de la paroi abdominale.

Pas de drainage.

Le 15 novembre 1929 la malade sort entièrement guérie.

Examen de la pièce :

Liquide très clair, légèrement citrin.

Densité : 1008.

Présence d'albumine : 4 gr. 30.

Examen histologique de la tumeur :

On rencontre en allant de la périphérie vers l'intérieur : d'abord une couche tout à fait externe formée de tissu musculaire strié. Ensuite, et plus en dedans une couche très dense formée uniquement de plusieurs épaisseurs de tissu fibreux et enfin, à la partie la plus intense, une couche unique et continue de cellules cubiques légèrement aplaties à noyaux très fortement colorés.

OBSERVATION V

Femme. — La Côte-Saint-André. — 53 ans.

Rien à signaler dans les antécédents.

Trois enfants bien portants, deux fausses couches.

A fait une chute il y a trois mois, et une dizaine de jours après a ressenti une douleur lombaire en même temps qu'elle s'est mis à vomir.

A l'examen, à ce moment on a constaté légère contracture abdominale et surtout une douleur lombaire.

L'application d'une vessie de glace abdominale a fait cesser tous ces symptômes et un nouvel examen a décelé à la palpation de l'abdomen une masse importante qui semble faire corps avec le rein correspondant et qui donne le contact lombaire.

Les différents examens pratiqués n'ayant rien donné comme résultat, on intervient par la voie de Jallaguier, le 19 février 1929.

Aucune tumeur abdominale, mais on sent en examinant les anses grêles une voussure postérieure, qui correspond à une masse rétropéritonéale.

Le péritoine incisé, on aperçoit un kyste du volume de deux oranges.

On trouve assez facilement le plan de clivage, pas de suin-

tement sanguin pendant l'énucléation. L'intervention se termine bien, et on referme sans laisser de drain. Suites simples.

Suites simples.

Examen anatomique de la tumeur :

Ronde — lisse.

Grosueur deux oranges.

Le liquide : quantité 350 cc. Couleur chocolat avec à l'intérieur des caillots organisés.

Même après l'intervention, on ne peut savoir s'il s'agit d'un kyste périnéphrétique qui aurait saigné à l'occasion du traumatisme.

Examen histologique : Des fragments ont été prélevés à de multiples endroits et sur un seul de ces fragments on a retrouvé quelques formations épithéliales à assise unique et de forme cubique.

OBSERVATION VI

Homme, 48 ans, Saint-Laurent-du-Pont.

Entre à la clinique de la rue des Bains, envoyé par son médecin pour tumeur de l'hypocondre gauche, douloureuse, avec température vespérale.

Histoire clinique :

Pas d'antécédents.

Il y a plusieurs mois, a fait une chute qui lui a laissé quelques douleurs lombaires.

Aucun symptôme abdominal ne s'est manifesté. Ni vomissements, ni diarrhée, ni constipation. Pas de signes urinaires. Peu à peu la température s'est mise à osciller entre 37°5 et 38°5.

Une radiographie de l'intestin pratiquée à ce moment n'a montré aucun arrêt dans le transit intestinal. Mais, sur le cliché apparaît une ombre arrondie, légèrement ovale, qui semble suspendue au pôle inférieur du rein gauche.

On n'a pu pratiquer une pyélographie, le malade la refusant.

Les réactions sanguines sont toutes négatives.

Rien d'anormal dans les urines.

Intervention, le 21 août 1932. — M. Sigaud, M. Ribaud.

Après ouverture de la paroi, on tombe immédiatement sur une masse bleutée, très tendue, et on s'aperçoit, en voulant la dégager, qu'elle soulève le péritoine *postérieur*, derrière lequel elle est maintenue. Comme il est difficile de l'extirper, on ponctionne le kyste et, une fois vidé, on l'énuclée facilement.

On aperçoit le rein gauche en arrière (pôle inférieur).

On laisse un drain.

Décédé le 27 août de broncho-pneumonie.

Examen macroscopique du kyste :

Paroi lisse, très épaissie.

Avant la ponction, le kyste avait une forme ovale et était de la grosseur d'une tête de fœtus.

Le liquide brun, visqueux. Densité : 1.012. Quantité : 400 cc.

Présence de globules rouges très altérés et de polynucléaires en mauvais état de conservation.

Examen histologique :

Paroi externe fibreuse très épaissie.

Pas d'épithélium à proprement parler, mais à des intervalles très espacés quelques cellules non groupées cubiques à petits noyaux peu colorés.

OBSERVATION VII

Femme. Grenoble. 47 ans.

Entre à la clinique de la rue des Bains pour kyste de l'ovaire.

On sent, en effet, à bout de doigt, dans le cul-de-sac vaginal latéral droit, une masse qui semble rénitente.

La main abdominale perçoit difficilement la limite supérieure de la tumeur qui cependant est indépendante de l'utérus, peu mobile.

Intervention chirurgicale, le 17 mars 1929. — Docteur Sigaud.

Incision médiane sous-ombilicale, rien aux ovaires ni aux trompes. Au contraire, gonflement postérieur provoqué par une masse liquidienne enkystée rétropéritonéale, ablation d'un kyste contenant 380 cc. de liquide eau de roche.

Suites simples.

Le liquide :

Densité : 1.002.

Traces d'albumine.

Traces d'urée.

Présence de chlorure et de cholestérine.

Examen histologique de la paroi kystique :

On trouve de petits îlots de cellules groupés en une seule couche, petites, contenant un noyau rond entouré d'un protoplasma granuleux.

OBSERVATION VIII

(M. LE BALLE)

Le 19 juillet 1927, nous sommes appelé auprès de Mme X..., 34 ans, pour douleurs vives et ballonnement de l'étage supérieur gauche de l'abdomen.

La malade est assez maigre, le teint jaune terreux ; aucune maladie antérieure. Réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans.

Mariée en 1919. Un enfant en 1921, bien portant. Depuis, aucune fausse couche. Dernières règles le 20 mai dernier.

La lésion abdominale actuelle a commencé à se révéler à la malade il y a seize à dix-huit mois par un peu de gêne, un

ballonnement léger et quelques gargouillements anormaux sur le côlon gauche.

Depuis six mois elle a remarqué une grosseur se développant dans la région sous-thoracique gauche, empiétant progressivement vers le flanc et la région lombaire. La constipation était plus marquée avec douleurs intermittentes, mais sans vomissements, sans amaigrissement, avec appétit conservé. Depuis quelques semaines, l'abdomen a nettement augmenté. La veille de notre arrivée, la malade s'est alitée, avec nausées, constipation datant de trois jours, tiraillements douloureux et température à 38°4.

A notre examen, l'augmentation de volume de l'abdomen est considérable, constitué à la fois par une tumeur étanche et par l'intestin distendu formant voussure en avant d'elle.

Les limites précises de la tumeur sont difficiles à établir à cause des phénomènes d'obstruction intestinale. La matité s'étend en haut, vers l'espace de Traube, masquée par le rebord chondro-costal ; à droite elle empiète de moitié sur la région épigastrique, dépasse l'ombilic de deux travers de doigt ; à gauche, occupe et distend presque tout le flanc en empiétant un peu vers la région lombaire. Enfin, le pôle inférieur de la tumeur donne une matité plus nette légèrement convexe en bas, qui s'arrête sur ligne ombilic-épine iliaque. Le contact lombaire est mal perçu et la tumeur, tendue et fluctuante, ne présente pas de mobilité appréciable.

La sonorité du gros intestin (côlon transverse et côlon descendant), très ballonné, passe à cheval sur le tiers moyen de la tumeur. Le flanc droit et les fosses iliaques paraissent normaux, l'ensemble de l'abdomen soulevé toutefois par le météorisme intestinal. Pas d'ascite. Circulation veineuse complémentaire sur le flanc et l'hypocondre gauche.

Le toucher vaginal est négatif : col normal, culs-de-sac libres, corps de l'utérus impossible à percevoir du fait de la distension abdominale.

Il n'existe aucun signe urinaire. Urines normales : ni sucre, ni albumine.

Nous suivons chaque jour la malade dont l'état ne s'améliore guère, malgré deux laxatifs qui donnent des selles insuffisantes. Le troisième jour, une radioscopie est pratiquée par le Docteur Coupu. Elle montre un retard net à l'évacuation de l'angle colique droit et du transverse. Elle confirme que le côlon descendant est interposé entre la tumeur et la paroi abdominale antérieure et qu'il n'existe aucune lésion intrinsèque de l'intestin en diminuant le calibre.

Le diagnostic se confirme de kyste rétropéritonéal, d'origine non déterminée, pancréatique ou pararénal, avec signes d'obstruction intestinale.

Le quatrième jour, l'état ne s'améliore pas, la malade souffre et reste sans sommeil. Elle entre à la clinique.

Première intervention chirurgicale, le 25 juillet 1927.

Température : 37°9. Pouls : 100.

Laparotomie médiane haute de 15 centimètres, dont le tiers supérieur est au-dessus de l'ombilic. La tumeur, de coloration ardoisée, du volume d'une tête d'adulte, un peu étalée, fait saillie sous le péritoine postérieur, dans l'angle du transverse et du côlon descendant, mais sa voussure refoule en dehors l'estomac ; en avant le gros intestin ballonné, en bas le grêle. C'est à peine si la main à plat peut aller explorer la région sous-costale gauche que le kyste occupe en entier.

Nous sommes frappé par la distension des veines développées à la surface de la tumeur ; certaines atteignent, par compression, la grosseur du petit doigt.

Nous décidons de ponctionner, et une fois la cavité péritonéale bien isolée par plusieurs compresses, nous retirons avec le gros trocart trois litres d'un liquide jaune foncé, paraissant infecté et malodorant. La ponction a été faite au point presque déclive de la tumeur dans une zone avasculaire du mésocôlon ascendant. L'état fatigué de la malade, les phénomènes d'obstruction intestinale marquée, l'énorme vascularisation veineuse de cette compression ancienne nous décident à renoncer à l'extirpation immédiate du kyste.

Nous pédiculisons par traction le collet de la poche kysti-

que. Un clamp empêche toute issue de liquide. Nous abou-chons l'orifice du collet dans la partie inférieure de la lapa-rotomie en adossant solidement tout autour le péritoine anté-rieur au péritoine postérieur attiré en cône. Ainsi est réalisée une solide fistulation du kyste à la paroi. Une sonde de Nélaton permettra, les jours suivants, le drainage et lavage antiseptique de la poche. Suture en trois plans.

Le liquide examiné (Professeur Chevrel) « contient une pe-tite quantité d'albumine, d'urées et de chlorures. On y trouve de nombreux globules blancs, surtout polynucléaires. Il y a diverses espèces microbiennes prenant le Gram, et un coccus ne prenant pas le Gram. Sans doute y a-t-il eu souillure acci-dentelle surajoutée ».

Les suites opératoires, un peu laborieuses les premiers jours, deviennent bénignes sitôt la débâcle intestinale obte-nue. La malade s'alimente et reprend des forces. Le dix-hui-tième jour, la cicatrice est solide, le kyste bien fistulé ; la ma-lade se lève, change elle-même facilement sa sonde. Il sort chaque jour 60 à 100 cc. de liquide devenu clair. Le 20 août, la malade rentre chez elle, car nous voulons attendre six semaines avant de pratiquer l'extirpation.

Notons qu'au cours de cette première opération, nous ne soupçonnions en aucune façon un début de grossesse. Notre attention, entièrement concentrée vers la région abdominale supérieure, nous n'avons pas eu l'idée d'explorer la cavité pelvienne masquée par nos grandes compresses isolantes. Or, la malade était à ce moment enceinte de deux mois.

C'est vers la fin d'août, en visitant chez elle l'opérée, qui allait fort bien, que l'examen abdominal nous révéla une tumé-faction hypogastrique dépassant le pubis de 5 centimètres, régulièrement convexe.

La vessie sondée, le toucher et palper combinés affirmaient le diagnostic de grossesse. Je fis part de ma découverte au mari de la malade, sans rien dire à mon opérée pour éviter son inquiétude à la deuxième opération. Elle allait fort bien d'ailleurs et engraissait.

Le 25 septembre : *deuxième intervention.*

La malade est alors enceinte de quatre mois.

Extirpation totale du kyste rétropéritonéal : Incision immédiate de l'orifice fistulé de la tumeur maintenu isolé sous une compresse, fermé par une pince en cœur. Agrandissement de l'ancienne laparotomie vers l'épigastre. Incision circulaire du péritoine postérieur autour du collet de la poche et dissection lente et progressive, mais très facile, de la tumeur, séparée de la région rénale et colique par un bon plan de clivage. La poche fibreuse, assez mince vers le collet, devient plus résistante et approchant du fond et nous permet une traction solide. Le ciseau et le doigt suivent de près la surface nacrée du kyste, dont l'extrême fond seul, épaissi à 12 millimètres sur une surface de 4 à 5 centimètres de diamètre, est un peu plus adhérent. En vingt minutes, nous avons extirpé une poche de 34 centimètres de long sans aucune lésion vasculaire. *A aucun moment de la dissection on n'aperçoit le rein gauche.* Fermeture complète de la petite brèche transméso-colique. Lavage discret à l'éther. Suture de la paroi en trois plans sans aucun drainage. Pendant l'opération, l'utérus gravide ne nous a nullement gêné.

Suites opératoires excellentes. Guérison le seizième jour.

L'opérée rentre chez elle, voit sa grossesse évoluer sans incidents et accouche à terme d'un enfant vivant pesant 3 kg. 400, qu'elle allaite.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — 1° *Examen macroscopique* : Poche volumineuse de 34 centimètres de profondeur et 12 à 13 centimètres de large au point le plus profond, formée d'un tissu résistant dans la région ponctionnée, qui forme collet, s'épaississant progressivement vers le fond où elle perd toute transparence, et à 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Une seule région, étalée au fond de la poche, sur la grandeur d'une pièce de 5 francs, est épaisse de 8 à 12 millimètres. Extérieurement, on ne voit vers le fond aucun pédicule vasculaire, mais simplement quelques adhérences.

La paroi interne, lisse en haut, est soulevée sur les côtés par

trois ou quatre petites poches secondaires du volume d'une noix à celui d'un petit œuf. Il reste dans le kyste 50 cc. de liquide séro-albumineux blanchâtre.

2° *Examen microscopique* (Professeur Chevrel, microphotographie) :

« L'examen histologique montre les caractères suivants :

« a) Dans la région qui avoisine le collet de la poche, la paroi du kyste ne renferme que du tissu conjonctif formé de gros trousseaux fibreux.

« b) Dans la région située au fond et cliniquement logée entre la région de la queue du pancréas et le rein gauche, la paroi beaucoup plus épaisse présente l'aspect du tissu rénal. A la périphérie, on reconnaît des glomérules de Malpigno, entourée de *tubuli contorti*. Plus profondément les glomérules disparaissent et on ne voit plus que des tubes assez semblables aux tubes de Bellini ; mais séparés par des travées fibreuses assez denses.

« Les cellules épithéliales de revêtement sont assez altérées et par suite d'une fixation tardive de la pièce leur étude fine est difficile. »

Conclusions

Les kystes périnéphrétiques, tels que nous les avons définis, forment une infime partie des tumeurs rétropéritonéales, qui elles-mêmes sont des affections rares.

La pathogénie est le point le plus obscur de la question, quoique la majorité des auteurs admet à leur origine des débris wolffiens. Quelques cas cependant relèvent indiscutablement d'une autre origine.

Au point de vue anatomo-pathologique, on doit les considérer comme une entité caractérisée par un épithélium ou un endothélium d'enveloppe, enveloppe qui varie avec la nature du kyste.

Le diagnostic en est extrêmement difficile. On ne négligera pas pour l'orienter de pratiquer une radiographie de la région et une pyélographie. Mais, selon la phrase de Lecène, partir avec le diagnostic de tumeur rétropéritonéale est parfaitement suffisant pour justifier l'intervention. Ces tumeurs sont bénignes. L'extirpation chirurgicale qui en est le seul traitement, donne des résultats à tous points de vue excellents.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	LERICHE,
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 22 Mai 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

*Nous n'avons indiqué dans cet index
que les mémoires essentiels :*

LECÈNE. — *Rapport au 28^e Congrès de Chirurgie*, 1919.

THÉVENOT. — *Rapport au 28^e Congrès de Chirurgie*, 1919.

DELAUNAY. — *Thèse*, Paris, 1926. Etude sur les tumeurs paranéphrétiques.

LECÈNE. — *Précis de Pathologie chirurgicale* (9 agrégés).

DESPLAS. — *Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, N° 6, 21 février 1922, p. 207.

DANIEL (N.), EISENDRATH et IRVIN (S.), KOLL, Chicago. — *Analyses Journal d'Urologie*, t. II, 1927, p. 488.

CLAPIER. — Lymphangiome kystique pararénal. *Thèse*, Lyon, 1930.

MARION (G.). — *Traité d'Urologie*, t. I, pp. 457-459.

BERNASCONI (F.) et COSTANTINI. — Kyste paranéphrétique d'origine Wolfienne diagnostiqué par la pyélographie, XXXII^e Congrès d'Urologie de Paris (Communication).

ANDREN BOUTHIERES. — Apoplexie de la loge rénale. *Analyse Journal d'Urologie*, t. XXXII, N° 3, septembre 1931.

DARTIGUES. — Kystes wolffien pararénal : épithéliome végétant. Communication à la Société des Chirurgiens de Paris. Séance du 20 juin 1930.

LE FUR. — Des tumeurs pararénales. Communication à la Société des Chirurgiens de Paris. Séance du 4 juillet 1930.

LE BALIE. — Rapport de Mocquot à la Société de Chirurgie, Séance du 29 mai 1929.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Historique	11
Anatomie pathologique	13
Pathogénie	19
Symptômes	23
Evolution clinique	27
Diagnostic	29
Traitement	37
Observations	41
Conclusions	61
Bibliographie	63



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

90 00 00 00 LYON 00 00 00 00



